**Programme Musculosquelettique – Colonne Vertébrale**

**\*Ce formulaire n’est pas pour les références urgentes.\*** Hôpital Communautaire de Cornwall - Hôpital Montfort - Hôpital Queensway Carleton

L’Hôpital d’Ottawa - Hôpital Régional de Pembroke

**Demande de Consultation**

**Fax: 613-721-7889**

|  |
| --- |
| **DATE DE RÉFÉRENCE (AAAA/MM/JJ):** |
| **Médecin référent – autocollant accepté** Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Spécialité: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de téléphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# de facturation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Médecin de famille (si différent)Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# de téléphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Information du patient – autocollant accepté** Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# de téléphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# de carte de santé: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexe: [ ]  M [ ]  FCoordonnées de contact alternative:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Niveau de la colonne**:[ ]  Cervical [ ]  Thoracique [ ]  Lombo-sacrée**Douleur Primaire**:(Utiliser une échelle de douleur numérique 1-10, 10 = la pire douleur ressentie) [ ]  Dos/Cou  Sévérité de la douleur au dos: \_\_\_\_\_\_ Sévérité de la douleur au cou: \_\_\_\_\_\_[ ]  Jambe Sévérité de la douleur à(aux) la jambe(s): \_\_\_\_\_\_[ ]  Bras Sévérité de la douleur au(x) bras: \_\_\_\_\_Dermatome impliqué: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Latéralité: [ ]  G [ ]  D [ ]  Bilatéral**Durée des Symptômes**:[ ]  <6 semaines[ ]  6-12 semaines[ ]  3-6 mois[ ]  6-12 mois[ ]  >12 mois**Perte(s) Neurologique(s) Objective(s) (sélectionner tous les symptômes qui s’appliquent)**:[ ]  Motrice[ ]  Sensorielle[ ]  Contrôle fécal / urinaire [ ]  Signes de motoneurones supérieurs[ ]  Autre(s) Spécifier: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Est-ce une douleur/incapacité si importante que le patient considérerait une approche chirurgicale?**[ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Peut-être**Diagnostic**:[ ]  Douleur lombaire[ ]  Douleur cervicale[ ]  Radiculopathie / Sciatique[ ]  Myélopathie[ ]  Claudication neurogénique[ ]  Déformité / Scoliose / Cyphose[ ]  Autre(s) - Spécifier: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Pathologie**:[ ]  Hernie discale[ ]  Arthrose dégénérative / Arthrose facettaire[ ]  Sténose spinale[ ]  Spondylolisthésie[ ]  Déformité / Scoliose / Cyphose[ ]  Fracture – Traumatique[ ]  Fracture – Pathologique[ ]  Tumeur[ ]  Intradurale[ ]  Inflammation[ ]  Infection[ ]  Autre(s) Spécifier: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Traitement reçu**:[ ]  Aucun[ ]  Physiothérapie Durée: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Résultat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Injection(s) de cortisone Réponse à l’injection [ ]  Aucune  [ ]  Partielle  [ ]  Complète[ ]  Programme d’exercices Durée: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Résultat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Autre(s)  Spécifier: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Préférence de chirurgien**:[ ]  Première disponibilité[ ]  Chirurgien spécifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Imageries Diagnostiques:**Inclure au minimum un rapport IRM récent (datant de moins d’un an).[ ]  Rapport IRM est inclusSi c’est impossible de faire une IRM, SVP spécifier la raison: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Si c’est impossible de faire une IRM, SVP inclure un des rapports suivants:[ ]  Tomodensitométrie [ ]  Myélogramme par tomodensitométrie  |